

Auto ID No.:
Source :
Issued by :
Reg Cite : 40-171.2, 40-129, 42-302.1, 42-302.11-.12
42-302.2 - .21, 44-315, 44-317, 82-510.4

Use Form No. : NA 530, attach NA 531
Original Date : 04-01-04, new
Revision Date :

MESSAGE:

El Condado aprobó su asistencia monetaria y los beneficios del Programa de Asistencia Médica de California (Medi-Cal). La cantidad del primer mes de asistencia monetaria es \$_____.

El primer día para su asistencia monetaria es _____.
El primer día para recibir Medi-Cal es el primer día del mes en el cual solicitó la asistencia.

En _____, el Condado determinó que usted, _____, ha usado el total de 60 meses de su asistencia monetaria del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs).

Usted ahora puede recibir asistencia monetaria porque:

[] Usted tiene una condición que cumple con la regla de los requisitos para recibir asistencia monetaria después de su límite de tiempo de 60 meses.

Es posible que su condición se vuelva a revisar para determinar si continuará recibiendo asistencia.

[] El Condado ha recibido pagos de mantenimiento de hijos que reembolsaron parte de los meses de asistencia que recibió.

[] Usted ha reembolsado un pago excesivo que ha pagado parte de los meses de asistencia que recibió.

Más información sobre su asistencia monetaria:

[] El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia es solamente para una parte del mes. Es la cantidad que incluye del primer día en asistencia monetaria, el cual se muestra anteriormente hasta el final del mes. Si no hay cambios, la cantidad de asistencia monetaria para el próximo mes será para el mes completo.

[] Usted solicitó un pago de necesidad inmediata. Se está cumpliendo con su necesidad inmediata usando el pago del primer mes de su asistencia monetaria. Esto sucede durante el límite de tiempo de necesidad inmediata de un día hábil.

Noa Msg Doc No: M40-107j1
Original Date : 04-01-04, New
Revision Date :

Page 2 of 2

El pago de asistencia monetaria para su primer mes de asistencia tiene el 25 por ciento de sanción por no ayudarnos a nosotros o a la agencia del mantenimiento de hijos a cobrar el mantenimiento de hijos. Esta cantidad se reducirá de su asistencia monetaria durante cada mes hasta que nos ayude o que ayude a la agencia local de mantenimiento de hijos a cobrar el mantenimiento de hijos.

Usted recibió un pago por servicios alternativos de \$ _____ el _____. usted recibió servicios alternativos de _____ el _____ por un valor de \$ _____. Usted está de acuerdo en reembolsar por los pagos alternativos o servicios alternativos. Se reducirá \$ _____ de su pago de asistencia monetaria por _____ meses hasta que se reembolse por completo.

En la siguiente página se calcula la nueva cantidad de su asistencia monetaria.

INSTRUCTIONS: Use for approvals and restorations after a client has previously timed out and is now eligible to receive cash aid. **Do not use for refusal to assign child/spousal support rights cases.** Check the applicable box(es). When you check the immediate need (IN) box, you do not need to send another NOA denying the IN request.